N° 86.

ESSAI

SUR

LA DÉLIVRANCE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 avril 1827, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie;

PAR JEAN-FRANÇOIS ABADIE,

Du département du Gers.

Ce que j'opine, quel qu'il soit, c'est pour déclarer la mesure de ma vue, et non la mesure des choses.

MONTAIGNE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Suppléant.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Président.* DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudeloque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc, *Suppléant.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Velpeau.
Gérardin.	Rullier.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR DE LA GORSE,

Chevalier des ordres royaux de Saint-Louis et de la Légion-d'Honneur.

ET

A MONSIEUR DUCHESNE, PÈRE,

Ancien Magistrat de la ville de Nemours ;

Témoignage de gratitude et de vénération.

J.-F. ABADIE.

ESSAI

SUR

LA DÉLIVRANCE.

1. Pour rendre et plus complet et plus facile à saisir ce que nous avons à dire sur la délivrance, nous devons commencer par faire une description sommaire des parties qui, avec le fœtus, constituent les produits de la conception.

2. Nous ne chercherons point ici à pénétrer à travers le voile dont la nature enveloppe le mystère admirable de la génération; mais nous nous bornerons à exposer ceux de ses effets qui ont le plus de rapport avec le point de pratique qui doit nous occuper.

3. Nous dirons donc, qu'au moment d'un coït fécondant, l'utérus, vivement excité par le fait même de l'imprégnation, éprouve, à sa surface interne, une espèce de phlogose qui donne lieu à une exudation bientôt transformée en une véritable membrane, désignée par *Guillaume Hunter* sous le nom de *membrane caduque, m. decidua.*

4. Qu'ensuite l'œuf détaché de l'ovaire parcours, enveloppé des rudimens de deux membranes distinctes qui lui sont propres, le conduit de la trompe; et qu'arrivé à l'orifice de celle-ci dans la matrice, il pénètre dans cette cavité, soit à travers l'ouverture que peut présenter dans cet endroit la membrane caduque, soit en poussant devant lui cette membrane qui, se réfléchissant ainsi sur elle-même, fournit à l'œuf

une nouvelle enveloppe, connue des auteurs sous le nom de *caduque réfléchie.*

5. La première membrane, qui constitue l'enveloppe propre de l'œuf humain, a reçu le nom de *chorion;* sa surface externe adhère par une foule de petits vaisseaux à la surface utérine, qu'elle ne touche pas immédiatement cependant, à raison des deux caduques qui l'en séparent; sa surface interne se confond avec la surface externe de la seconde membrane, désignée sous le nom d'*amnios.* De la surface interne de celle-ci s'exhale un fluide dont la quantité s'accroît en raison du développement de l'œuf, et c'est au milieu de ce fluide que flotte, suspendu, le petit embryon qui doit un jour procréer de nouveaux êtres.

6. Cette suspension du fœtus, dans les eaux de l'amnios, est indispensable à sa conservation.

Flottant au milieu d'un liquide, il est ainsi mis à l'abri de toute compression irrégulière ou spasmodique de l'utérus, et de la plupart des chocs et frottemens extérieurs. A l'instant de l'accouchement, il est également garanti de l'action des violentes contractions de la matrice, qui ne s'exercent alors que sur le liquide, et opèrent, par son moyen, la dilatation lente et progressive de l'orifice utérin.

7. L'utilité et l'importance des membranes et des eaux sont si réelles, que non-seulement la rupture des unes et l'écoulement des autres suffisent pour rendre l'avortement inévitable; mais encore que, lorsque le tissu des membranes ne présente pas assez de solidité pour résister à la pression des premières douleurs, la rupture de ces membranes, ayant lieu prématurément, et l'évacuation des eaux s'effectuant avant que leur saillie à travers l'orifice utérin ait pu dilater cet orifice, et préparer ainsi la facile expulsion du fœtus, celui-ci, immédiatement soumis aux contractions utérines, et forcé de se frayer lui-même un passage, se trouve gravement exposé, et peut quelquefois succomber.

8. Vers la fin du premier mois de la grossesse, on commence à s'apercevoir que, sur environ la moitié de la surface de l'œuf, la dispo-

sition floconeuse, ou l'espèce de *tomentum* que présente la face externe du *chorion* s'efface et disparaît; tandis qu'au contraire, sur l'autre moitié, les flocons se développent davantage, se groupent pour ainsi dire, prennent une apparence vasculaire, et forment de cette manière les rudimens d'un corps particulier, qui désormais remplira le principal rôle dans le développement du fœtus, et dont la sortie de la matrice, devenue indispensable après celle de ce dernier, constitue l'acte de la délivrance, qui doit faire l'objet de cette dissertation.

Il importe donc essentiellement de bien connaître le corps désigné sous les noms divers de *placenta*, de *délivre* et d'*arrière-faix*.

9. Les premiers linéamens du placenta ainsi formés, ils s'appliquent à la surface utérine, pénétrent dans ses sinuosités, et contractent avec elle une adhérence intime.

La marche d'accroissement de ce produit de la conception n'est pas régulière, et ne suit pas celle du fœtus; dans les trois premiers mois de la gestation, il remplit, à lui seul, presque toute la dilatation que présente alors la cavité utérine, dont l'embryon n'occupe qu'un très-petit espace; mais à dater de cette époque, l'accroissement du placenta diminue chaque jour, jusqu'au terme de la grossesse, tandis que le développement du fœtus se fait au contraire dans une progression toujours croissante, et de manière à remplir à son tour presque toute la chambre utérine.

10. Le placenta présente ordinairement une figure à peu près orbiculaire et aplatie. Au terme de la gestation son diamètre est de sept à huit pouces, et par conséquent sa circonférence de vingt un à vingt quatre pouces; à son centre son épaisseur est d'environ douze à quinze lignes; mais cette épaisseur diminue à mesure qu'il se rapproche de sa circonférence, de manière que son bord, très-aminci, finit par se confondre avec la membrane caduque.

11. On n'a pu bien connaître encore l'organisation et la structure intime du placenta : on ne connaît pas d'avantage le mode que la nature emploie pour établir la circulation entre ce corps et l'utérus.

Les expériences et les injections tentées pour éclairer ce point d'a-

natomie, par M. le professeur *Dubois*, tout en jetant un certain jour sur la question, ne l'ont point encore résolue, et l'on doute encore que la circulation entre la matrice et le placenta s'opère par la communication directe de leurs vaisseaux réciproques.

Quoi qu'il en soit, ce corps est d'une consistance molle et spongieuse, et sa texture paraît éminemment *cellulo-vasculaire*.

12. Le plus ordinairement le placenta s'implante au fond de la matrice; il peut néanmoins se fixer sur tous les autres points de ce viscère.

Son insertion sur les côtés, et sur les parties antérieure et postérieure, peut, d'après quelques auteurs, donner lieu aux diverses obliquités de la matrice; son insertion sur l'orifice est une circonstance qui complique d'une manière très-fâcheuse différentes époques de la gestation, et notamment celle de l'accouchement, où elle occasionne des pertes plus ou moins abondantes, et souvent funestes, comme nous aurons occasion de le dire bientôt.

13. Le placenta, étant planiforme, offre, à l'examen de l'observateur, deux faces; l'une, dite *externe* ou *utérine*, à raison de ses rapports avec l'utérus, n'est recouverte que par une membrane celluleuse si délicate, qu'elle se rompt au moindre changement de forme que peut éprouver le délivre; l'autre, nommée *interne* ou *fœtale*, parce qu'elle regarde le fœtus, est recouverte par les deux membranes *chorion* et *amnios*. Cette face est lice et polie; de son centre partent les vaisseaux qui vont porter le sang de la mère à l'enfant, et à ce même point viennent se rendre ceux qui sont chargés de rapporter le sang de l'enfant à la mère.

Ce sont ces vaisseaux, ainsi réunis et enveloppés dans une espèce d'étui que leur fournit une duplicature de l'amnios, qui constituent le cordon ombilical.

14. Ce cordon, composé d'une veine qui porte le sang à l'enfant, et de deux artères qui le rapportent à la mère, se rend du placenta à l'ombilic du fœtus, et est ordinairement d'une longueur de vingt à

vingt deux pouces; cependant on en a vu de six à sept pouces, comme on en a rencontré quelquefois de quatre à cinq pieds.

15. Les deux extrêmes, ou de prolongement ou de raccourcissement, peuvent être également nuisibles et à la mère et à l'enfant.

Est-il trop long? 1°. il peut, à l'instant de l'écoulement des eaux, être entraîné par elles, et franchir l'orifice utérin avant que l'enfant n'y soit engagé; alors, si l'accoucheur n'a pas la sage précaution de le réintroduire dans la matrice, on ne peut y parvenir à raison de l'époque à laquelle il se trouve appelé; il arrive que les vaisseaux ombilicaux sont comprimés entre les os du bassin et les parties de l'enfant qui se présentent, que la circulation s'y trouve de cette manière interceptée, et que l'enfant ne peut manquer de succomber s'il n'est promptement secouru;

2°. Il décrit quelquefois, autour du col et du corps de l'enfant, des circulaires qui nuisent à sa sortie de la matrice, ou qui, donnant lieu à des tiraillemens sur le placenta, décollent celui-ci, et déterminent des pertes fâcheuses;

Enfin cette excessive longueur permet aussi que, dans les mouvemens de l'enfant dans l'utérus, le cordon soit exposé à se nouer lui-même. Le professeur *Baudelocque* en rapporte un exemple fort remarquable.

Est-il, au contraire, trop court; cette circonstance peut d'abord nuire à la marche régulière de la gestation, et provoquer l'avortement, soit en déterminant le décollement prématuré du placenta, soit en causant la rupture des vaisseaux de ce même cordon.

Ensuite, lors de l'expulsion de l'enfant de la cavité utérine, elle peut occasionner ou le décollement trop prompt du placenta, et sur-le-champ une perte foudroyante, ou le renversement de la matrice elle-même, si l'adhésion du délivre ne cède pas au poids du fœtus ou à l'effort exécuté pour son expulsion.

16. Quoique, le plus ordinairement, l'insertion du cordon se trouve au centre du placenta, il arrive quelquefois qu'elle s'en éloi-

gne, et même qu'elle a lieu sur un des points de sa circonférence.

Cette disposition, que les accoucheurs désignent sous le nom de *placenta en raquette*, n'offre aucune indication particulière à remplir, parce qu'elle ne change rien à l'opération naturelle de la délivance, ni aux divers principes que l'art doit suivre lorsqu'il demeure chargé de cette opération.

17. Dans les grossesses composées, chaque fœtus a son placenta dont la circulation est distincte, ainsi que le nécessitait leur fonction, et que le démontrent les injections. Néanmoins, ces placentas divers sont le plus souvent contigus par un de leurs points.

18. Toutes ces différentes parties, membranes, placenta, et cordon ombilical, produits accessoires de la conception, et annexes indispensables du fœtus pendant la gestation, devenant, après la naissance de l'enfant, étrangères à la matrice, doivent en conséquence vider cette cavité, et c'est cette évacuation qui constitue l'acte secondaire de l'accouchement, désigné sous le nom de *délivrance*. C'est aussi pour cela que ces parties ont encore reçu les noms d'*arrière-faix*, de *secondines*, etc., etc.

19. On peut donc définir la délivrance, l'acte par lequel les annexes du fœtus se séparent et sortent des cavités utérine et vaginale, soit que cette opération s'exécute d'une manière naturelle et spontanée, soit qu'elle ne s'effectue que par l'intervention de l'art dans les circonstances où il serait dangereux d'en abandonner l'événement aux seules ressources de la nature.

20. De cette définition, il résulte que la délivrance se trouve distinguée en *naturelle* ou *spontanée*, et en *artificielle* ou *contre-nature*.

21. Toutefois, cette division a été, et pourrait encore être combattue par quelques esprits; car des auteurs du plus grand mérite, et parmi lesquels il suffit de citer *Ruisch* et *Werlhoff*, ont osé avancer que l'intervention de l'art était superflue dans l'acte de la déli-

vrance, attendu que la nature était toujours assez puissante pour l'opérer seule et heureusement (1).

22. D'autres auteurs non moins recommandables, mais donnant dans un excès opposé, n'ont pas craint de conseiller de délivrer la femme aussitôt après l'expulsion de l'enfant : parmi ceux-ci se distinguent *Mauriceau*, *Delamotte*, etc. (2).

23. Ces deux préceptes opposés et exclusifs, ou de charger toujours l'art de la délivrance, ou de l'abandonner entièrement à la nature, prouvent, comme tous les systèmes exclusifs et opposés, que les auteurs qui les ont établis se sont appuyés, les uns et les autres, sur des circonstances tout à fait différentes, et qu'en généralisant ainsi d'une manière rigoureuse, d'après des faits particuliers, ils ont donné comme des principes invariables ce qui ne peut jamais être reçu comme tel par des esprits sages et sévères.

24. Aussi des accoucheurs judicieux, se dirigeant au milieu de ces deux écueils à l'aide des flambeaux réunis d'une profonde théorie et d'une longue pratique, établissent-ils, que la délivrance doit être abandonnée à la nature toutes les fois que celle-ci n'est contrariée, dans ses efforts expulsifs, par aucun obstacle dont elle ne puisse heureusement et facilement triompher.

Et qu'aucontraire l'art doit intervenir avec adresse, prudence et même célérité dans dans toutes les circonstances où le développement de quelques accidens rendraient insuffisans les efforts de la nature pour l'opérer; et même dans celles où un simple retard ap-

---

(1) *Pasta*, Traité des pertes de sang, trad. par *Alibert*, t. 1, p. 215. — *Puzos*, chap. 13, p. 142; chap. 12, p. 141, recommande les plus grandes précautions. *Levret*, 3e édit., p. 143; p. 778, n° 783, est du même avis. — *Deleurye*, t. 1, p. 320; *id.*, p. 282 et 850. — *Ambroise Paré*, lib. 24, p. 602. — *Peu*, Pratique des accouchemens, p. 502.

(2) *Mauriceau*, 7e édit., chap. 8, p. 248, lib. 2. — *Delamotte*, t. 1, chap. 7, p. 322, 324. — *Deventer*, p. 161. — *Smellie*, p. 238.

porté à l'expulsion des parties pourrait faire craindre quelque danger pour la femme.

25. Nous adopterons donc cette doctrine, dont une expérience journalière ne permet pas de contester la sagesse; et nous allons envisager la délivrance sous ces deux points de vue différens, c'est-à-dire que nous la distinguerons, suivant notre définition, en *naturelle* ou *spontanée*, et en *artificielle* ou *contre-nature*.

De la délivrance naturelle ou *spontanée*.

26. Elle se compose de deux temps :

1°. La rupture de l'adhésion du placenta avec l'utérus ;

2°. Son expulsion de cette cavité.

27. Après la sortie du fœtus; le placenta, par sa rétention dans l'utérus, faisant obstacle au retour de cet organe sur lui-même, excite par cela ses contractions et son resserrement; mais lui, restant passif dans ce mouvement, et ne pouvant, comme la matrice, diminuer de surface, il perd ses rapports avec ce viscère, se décolle par conséquent, et se trouve flottant dans la cavité utérine ; voilà le premier temps.

28. Cependant, d'une part, l'irritation produite par la même cause que ci-dessus. Et d'autre part la tendance de la matrice à se resserrer, pour revenir à son état naturel, amènent de nouvelles contractions; et ces contractions, poussant devant elles le délivre, le chassent bientôt des cavités utérine et vaginale; voilà le second temps, et la marche ordinaire de toute délivrance absolument naturelle et spontanée.

29. Dans cette délivrance, il arrive quelquefois que le placenta, détaché de l'utérus, reste quelques instans retenu par l'orifice utérin, qui, revenu promptement sur lui-même, a perdu presque toute sa dilatation ; mais bientôt de nouvelles contractions, procédant du fond et du corps de la matrice, forcent l'orifice à se dilater de

nouveau, et à donner passage au délivre, poussé de plus en plus en dehors par ces contractions.

30. Une certaine quantité de sang, échappé des orifices béans des vaisseaux utérins pendant l'intervalle du premier au second temps de la délivrance, suit l'expulsion du placenta de la matrice, partie en caillot, partie à l'état fluide.

31. Peu après, ces orifices se resserrent par l'effet de la contraction de l'utérus et du resserrement total du tissu de cet organe; lui-même se dégorge complètement dans ces contractions successives et dans ce resserrement progressif.

Les petites douleurs ou coliques dont la femme se plaint par intervalles sont expliquées par ces contractions, et l'écoulement sanguin qui dure quelques jours, sous le nom de *lochies* ou *vidanges*, en est la conséquence naturelle et indispensable.

32. Lorsque, immédiatement après la délivrance, l'utérus, fortement contracté, offre, sous la main de l'accoucheur, une tumeur arrondie et dure qui occupe l'excavation du bassin, et même une partie de la région hypogastrique, les choses se présentent dans la meilleure situation possible; et c'est ainsi, du reste, que cela arrive le plus ordinairement dans la délivrance naturelle, à moins que celle-ci n'ait été déterminée prématurément par une circonstance quelconque.

33. La délivrance naturelle s'effectue le plus souvent très-peu de temps après l'accouchement : l'éloignement des douleurs peut quelquefois la retarder de quelques heures; on l'a vue même ne s'effectuer qu'au bout de quelques jours; mais ce dernier cas est rare et susceptible de graves inconvéniens, que nous examinerons plus tard.

34. En général, la délivrance spontanée s'opère d'autant plus promptement que l'expulsion de l'enfant s'est effectuée plus lentement; et on en trouve aisément la raison dans la contraction lente, mais progressive, qu'a dû éprouver l'utérus au fur et à mesure que l'enfant s'échappait de sa cavité; contraction telle, qu'au moment de la sortie du fœtus, la matrice, presque totalement revenue sur elle-même,

n'a plus que fort peu d'efforts à faire pour chasser les parties dont il lui reste à se débarrasser.

35. Il arrive quelquefois aussi que les mêmes contractions qui ont déterminé l'expulsion du fœtus chassent en même temps l'arrière-faix et les membranes.

Cette expulsion simultanée peut dépendre de différentes causes, et, entre autres, du point d'implantation du placenta ;

Du peu de longueur du cordon, ou de son raccourcissement accidentel, dû à des circulaires qu'il décrit autour du corps de l'enfant;

Du degré d'irritabilité de l'utérus ;

De la force contractile de cet organe ;

De la petitesse du fœtus, etc.

Heureusement cette circonstance est rare; et elle doit l'être, parce que, tant que le fœtus est contenu dans la cavité utérine, la matrice ne peut, à raison même de la présence de l'enfant, se contracter assez pour produire le décollement du délivre, et encore moins son expulsion.

36. Nous venons de dire qu'il était fort heureux que l'expulsion simultanée du fœtus et du délivre fût rare; et en effet (hors le cas d'avortement dans les trois premiers mois de la grossesse, ou elle est avantageuse, comme nous aurons occasion de le voir), elle est presque toujours accompagnée d'accidens fâcheux.

37. Ainsi, lorsqu'une cause quelconque donne lieu à cette délivrance précipitée, il peut arriver qu'à la violence de la contraction qui a déterminé l'expulsion succède une inertie utérine momentanée, c'est à dire une suspension dans les contractions suivantes; or, cette circonstance laissant ouverts les orifices des vaisseaux qui s'abouchaient avec ceux du placenta, il en peut résulter une hémorrhagie promptement mortelle.

38. Il peut arriver encore, ainsi que nous l'avons fait remarquer, (15) que la sortie du placenta avec le fœtus, due à la brièveté du cordon ou à toute autre cause, entraîne aussi le fond de la matrice, et produise le renversement de ce viscère, surtout si la force adhésive

du placenta à l'utérus ne lui permet pas de céder à l'effort du cordon qui le tire ou de la contraction violente qui le pousse.

39. L'accoucheur peut intervenir, et intervient le plus souvent, dans la délivrance naturelle.

Mais, dans ce cas, il ne doit point oublier qu'il n'est appelé à agir que comme aide, et qu'il n'a absolument qu'à seconder la nature.

Alors, pour provoquer de nouvelles contractions utérines, et par conséquent de nouvelles douleurs expulsives, il pratique quelques frictions sur la région hypogastrique; et lorsque ces doulours se développent, et qu'il sent sous sa main le globe utérin se resserrer et former la tumeur dure dont nous avons avons parlé (32), il peut, avec prudence, se permettre quelques légères tractions sur le cordon, afin de favoriser la séparation du placenta de la matrice, et la descente de ce corps à travers le col utérin et le conduit vaginal.

40. On ne doit employer que très-peu de force dans les tractions exercées sur le cordon, car, sans cette précaution, on aurait à craindre, ou de le rompre ou d'opérer le renversement de la matrice. Mais, pour rendre efficaces les plus légères tractions, on les dirige de manière à tendre le cordon selon deux lignes parallelles aux axes différens des deux bassins;

Ainsi, au moyen de l'extrémité de plusieurs doigts introduits au fond du vagin, et dépassant l'arcade pubienne, on forme une espèce de poulie de renvoi, sur la quelle le cordon, maintenu dans la direction de l'axe du bassin supérieur, subit une réflexion qui le fait alors suivre celle du bassin inférieur sans cesser de parcourir également la première.

41. Tous les moyens violens, tels l'éternuement, la toux, le vomissement, la constriction abdominale, quelquefois conseillés par des empirique ou des sages-femmes ignorantes, pour favoriser la délivrance, doivent être prudemment interdits; lors même que ces moyens auraient pu procurer l'expulsion désirée, les accidens qu'ils déterminent le plus souvent sont trop graves pour que l'on se per-

mette de s'y exposer, dans l'espoir de résultats qu'ils ne peuvent nullement compenser.

42. La délivrance effectuée, on doit faire garder à la femme un repos parfait ; elle doit être mise à l'abri de toute émotion un peu vive. Quelques frictions exercées sur l'hypogastre ont l'avantage de consolider la contraction de l'utérus et de favoriser ainsi le dégorgement de cet organe. Une serviette médiocrement serrée autour du bas-ventre a aussi l'avantage de soutenir les viscères, en attendant que les enveloppes abdominales soient revenues à leurs dimensions ordinaires.

43. Quel que soit le mode de délivrance, l'accoucheur doit s'assurer qu'elle est parfaite, soit en examinant bien le placenta, s'il a été expulsé ou extrait dans son entier, soit en rapprochant ses diverses parties, s'il a été extrait partiellement, soit enfin en explorant, avec ménagement, à l'aide de la main, la cavité utérine.

44. Ce dernier moyen est même le plus sûr ; car, outre qu'il pourrait rester dans l'utérus des caillots de sang qui y produiraient les mêmes accidens que des parties de délivre (1), il arrive quelquefois que le placenta ait au-delà de ses bords des prolongemens qui, ne se confondant avec ces mêmes bords que par des points fort peu étendus, s'en trouvent détachés dans l'acte de la délivrance sans que la forme du placenta en soit sensiblement altérée. Le docteur *Duchâteau* cite, dans sa dissertation, une observation qui démontre l'importance de ce précepte (pag. 14).

45. Nous venons d'examiner les différentes circonstances que présente la délivrance qui ne demande que la surveillance de l'accoucheur. Nous allons maintenant nous occuper de celles qui, rendant la déli-

---

(1) *Van-Swiéten*, Comm. in *H. Boerhaave* aphor., t. 4, p. 487, §. 1303, cite les observations de deux femmes qui furent attaquées de fièvre adynamique, et qui succombèrent, l'une au bout de quatre jours, l'autre au bout de dix-sept, par suite de la rétention et de la corruption d'un caillot de sang dans la matrice.

vrance naturelle impossible, ou accompagnée de dangers, appellent a prompte intervention de l'art.

De la délivrance artificielle.

46. Nous avons vu (21) que plusieurs auteurs pensent que le placenta peut impunément rester un temps plus ou moins long dans la matrice, et qu'à la fin les forces de cet organe suffisent toujours pour l'expulser.

Mais nous avons vu aussi que cette assertion est combattue, et que plusieurs accoucheurs jugent qu'il y aurait de graves inconvéniens à abandonner entièrement la délivrance à la nature, dans les cas où des obstacles imprévus contrarient l'expulsion spontanée du délivre (22).

47. L'auteur d'une très-bonne dissertation sur la délivrance (le docteur *Duchâteau*), voulant concilier les deux opinions opposées sur ce point de doctrine, a dit : « *Nul doute qu'il ne faille délivrer en « cas d'accidens, et qu'on doive abandonner cette opération à la na- « ture, s'il n'y en a pas.* »

Mais nous nous permettrons d'objecter que ce précepte est trop vague, et qu'il est des cas où, quoique la non-expulsion du délivre ne soit pas accompagnée d'accidens, on s'exposerait, si l'on abandonnait cette expulsion à la nature, à des dangers consécutifs d'autant plus graves que, ne les ayant pas prévenus à temps, il deviendrait ensuite très-difficile de les combattre.

48. En effet, la rétention du placenta dans l'utérus est toujours essentiellement nuisible. La putréfaction de ce corps est la conséquence inévitable de cette rétention, et cette putréfaction très-prompte non-seulement irrite et enflamme la matrice et les parties environnantes, mais donne lieu à une résorption d'humeurs provenant de la dissolution et de la corruption du délivre, lesquelles, portées dans le torrent de la circulation, déterminent bientôt une adynamie et une ataxie générales, qui conduisent très-rapidement la malade à la mort.

49. Indépendamment du résultat ci-dessus, la rétention du placenta dans l'utérus s'opposant toujours à la contraction et au resserrement de ce dernier organe, peut occasionner une perte (1).

50. On a prétendu même que la rétention des membranes ou de quelques parties de membranes pouvait avoir les mêmes résultats ; et un auteur a avancé que, si, par suite d'une adhérence trop forte des membranes à la surface de l'utérus, il en pouvait rester quelque portion dans cette cavité, il fallait y introduire la main, pour en extraire jusqu'à la dernière parcelle. (*Lamotte*, tom. 1^er^., pag. 1178.)

Nous nous garderons bien de partager cette opinion ; nous pensons que les inconvéniens de cette manœuvre seraient beaucoup plus grands que ceux qui pourraient résulter du séjour dans l'utérus de ces parties membraneuses, dont l'action irritante et sceptique ne peut être comparée à celle des portions du placenta lui-même.

51. Mais il est indispensable de venir au secours de la nature pour hâter l'expulsion, et même opérer l'extraction du délivre dans toutes les circonstances où des obstacles accidentels rendraient insuffisans les efforts expulsifs de la nature, ou pourraient seulement occasionner dans la délivrance un retard dangereux pour la femme.

Tel est le fondement de la délivrance artificielle.

52. Les circonstances qui peuvent ainsi rendre quelquefois indispensable, et toujours très-utile, l'intervention de l'art dans la délivrance sont nombreuses.

---

(1) Quelques auteurs ont voulu attribuer les accidens causés par la rétention du délivre à la violence des manœuvres exercées pour opérer l'accouchement ; mais le célèbre *Wihitt* rapporte l'observation d'une femme qui accoucha spontanément, mais dont le délivre resta dans l'utérus ; et, quoique pour l'extraire on n'eût fait que tirer modérément sur le cordon, qui se rompit à raison de la putréfaction déjà commencée du délivre, la femme fut assaillie des accidens les plus graves dus à la corruption des évacuations lochiales, et elle succomba le vingt-deuxième jour. (Avis aux femmes enceintes et en couches, p. 365.)

Les principales sont :

1°. L'inertie de la matrice.

2°. Une perte utérine.

3°. L'insertion du placenta sur l'orifice utérin.

4°. L'adhérence du placenta ;

5°. Son enchatonnement.

6°. Le resserrement spasmodique de l'orifice utérin.

7°. La grossesse composée.

8°. L'avortement.

53. Nous allons examiner chacune de ces dispositions, et les indications particulières qu'elles présentent.

1°. *Délivrance retardée par suite d'inertie de la matrice.*

54. Lorsque la matrice a été excessivement distendue, ou par le développement simultané de plusieurs enfans, ou par le volume considérable d'un seul, ou par une grande collection d'eau, cette distension produit quelquefois, après l'accouchement, une inertie qui retarde et rend moins fortes les contractions qui, après l'expulsion d'un ou de plusieurs fœtus, doivent déterminer celle de leurs placentas.

55. L'inertie de la matrice peut encore être déterminée par la faiblesse constitutionnelle de la femme ; par un état pathologique antécédent ; par un chagrin subit résultant d'une attente trompée, soit à raison du sexe de l'enfant, soit à raison de son peu de viabilité ou même de sa mort, soit pour toute autre cause morale quelconque.

56. Le prompt écoulement des eaux, auquel succède la rapide et brusque expulsion du fœtus, est encore suivi d'une inertie de matrice relative ou momentanée ; c'est-à-dire que, sans manquer de force et d'activité d'une manière absolue, l'utérus, passant tout à coup d'une grande distension à une entière vacuité, son énergie contractile se trouve un instant suspendue par le défaut même de résistance : mais cette espèce d'inertie n'est pas de longue durée ; bientôt

elle cesse spontanément, à moins que d'autres causes de la nature de celles dont nous avons parlé plus haut ne viennent l'entretenir.

57. L'absence de toute douleur, la distension de la matrice, qui occupe la plus grande partie de la région hypogastrique ; enfin la mollesse de cet organe, en opposition avec sa dureté et son peu de volume au-dessus du pubis, lorsqu'elle jouit de sa force contractile, ne permettent pas de se tromper sur son inertie.

58. Quel que soit cependant le retard que l'inertie de la matrice apporte à la délivrance, on conçoit, d'après la manière dont s'effectue naturellement cette opération, qu'il serait contre toutes les règles de chercher à la hâter avant d'avoir fait cesser la disposition à laquelle est due cette suspension.

59. Indépendamment de la perte dangereuse qui ne manquerait pas de suivre sur-le-champ une délivrance aussi imprudemment opérée, on s'exposerait encore à déterminer le fâcheux accident du renversement de la matrice.

60. On combat cette disposition par des frictions sur l'hypogastre, par des injections froides ou styptiques, par quelques préparations toniques, quelques cuillerées de vin chaud, etc.

61. Chez les femmes dont la constitution débile, l'état cachectique ou la disposition œdémateuse peuvent la faire redouter, on la prévient à l'avance par un régime fortifiant bien entendu et bien soutenu.

62. Lorsqu'à l'aide des moyens ci-dessus on est parvenu à faire cesser l'inertie de la matrice, et à rappeler et les douleurs et les contractions ; l'on se trouve avoir rétabli les choses dans l'état naturel, et l'on rentre dans les principes de la délivrance spontanée, qui bientôt doit s'opérer par l'effet même du changement obtenu.

63. Cependant, si la rétention du placenta se prolongeait, si l'on avait lieu de craindre le resserrement du col utérin, et la difficulté que pourrait opposer plus tard ce resserrement à toute délivrance ; si enfin le décollement partiel ou total du délivre donnait lieu à une

perte, il faudrait, sans plus tarder, aller à la recherche de l'arrière-faix et en opérer l'extraction (1).

64. Le besoin de la délivrance artificielle bien reconnu, on y procède, soit par des tractions exercées sur le cordon, si l'existence et la solidité de celui-ci se prêtent à cette manœuvre, soit en allant rompre avec la main, introduite dans l'utérus, une adhésion dont l'absence ou la faiblesse du cordon ne permettent pas de triompher.

Dans le premier cas, on exerce ces tractions de la manière indiquée paragraphes 39 et 40.

Dans le second cas on cherche d'abord, en appliquant une main sur l'hypogastre, à fixer la matrice, pendant qu'on introduit l'autre dans sa cavité.

65. On se dirige dans cette introduction, et dans la recherche du placenta, à l'aide du cordon, s'il existe, sinon on reconnaît la surface fœtale du placenta;

1°. Aux inégalités que déterminent, sur cette surface, les vaisseaux très-saillans dont elle est parsemée, et qui aboutissent tous à un centre commun;

2°. A l'absence des douleurs de la femme, lorsque les doigts de l'accoucheur agissent sur cette surface;

3°. A la mollesse et à la nature spongieuse de ce tissu, qui peuvent facilement être appréciées au toucher;

4°. Enfin, aux débris des membranes qui adhèrent encore à tout le pourtour de cette surface.

66. Le placenta ainsi trouvé, on s'assure s'il n'a pas déjà éprouvé un commencement de décollement; et, dans ce cas, on introduit avec ménagement un ou deux doigts entre le bord de ce côté et la

---

(1) *Whitt* rapporte trois observations de femmes chez lesquelles la délivrance ayant été abandonnée à la nature, et cette opération ayant été contrariée par le resserrement de l'orifice utérin, le décollement tardif du délivre et sa rétention dans l'utérus donnèrent lieu à des pertes mortelles. (Avis aux femmes enceintes et en couches, pages 368 et 369, observations 13, 14 et 15.)

surface utérine, pour achever la séparation : dans le cas, au contraire, où toute la masse est adhérente par tous les points, on cherche à découvrir celui où l'adhérence est la moins intime, pour commencer la manœuvre de ce côté ; et, le décollement opéré, on essaie de rouler le délivre sur lui-même, de l'amener vers l'orifice utérin et d'en opérer l'extraction.

2°. *De la délivrance compliquée de perte.*

67. L'inertie de la matrice ne se termine pas toujours aussi heureusement que nous venons de l'exposer.

Quelquefois cette inertie coïncidant avec le développement total ou partiel du placenta, il en résulte une hémorrhagie des plus graves, et qui peut être instantanément suivie de la mort de la femme.

68. De toutes les circonstances qui peuvent nécessiter l'intervention de l'art dans la délivrance, il n'en est point qui puisse l'exiger plus impérieusement, ni d'une manière plus pressante qu'une telle hémorrhagie.

69. Nous pouvons même établir en principe que la délivrance artificielle ne peut être autorisée que par trois motifs :

Ou le besoin urgent de faire cesser une perte,

Ou la nécessité de prévenir cette perte lorsqu'elle n'existe point,

Ou la crainte des accidens consécutifs qui pourraient résulter et résultent ordinairement de la rétention et de la putréfaction du délivre dans l'utérus.

70. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, comment s'opère la délivrance naturelle, et nous avons pu déjà pressentir que, si cette opération est précipitée, ou par un accident quelconque, ou par une manœuvre téméraire, avant que la matrice soit disposée à revenir sur elle-même, et à se contracter de manière à déterminer l'occlusion des vaisseaux qui portaient le sang au placenta, ce sang, continuant à couler dans l'utérus, doit, sur-le-champ, produire une hémorrhagie plus ou moins fâcheuse, selon son abondance et le degré d'inertie de la matrice.

71. Le même accident doit arriver si le premier temps de la délivrance, le décollement total ou même partiel du placenta s'exécute, et que la seconde période, c'est-à-dire son expulsion, demeure suspendue; car alors, soit que cette non-expulsion du placenta résulte du défaut de contractilité utérine, soit que la rétention du délivre soit due à son volume ou à quelque autre obstacle qui s'oppose à sa sortie, toujours est-il vrai que sa présence dans la matrice ne permet pas le retour de cet organe sur lui-même, et entretient ainsi l'ouverture des vaisseaux qui alimentent la perte.

72. Quelques auteurs modernes ont voulu considérer toutes les pertes comme étant actives, mais celles qui suivent le plus ordinairement l'accouchement suffiraient seules pour démontrer le vice de cette doctrine exclusive; car si quelques-unes peuvent être attribuées à la pléthore, à l'abus des stimulans ou à d'autres circonstances susceptibles de manifester la nature active de ces hémorrhagies, cette espèce de pertes utérines après l'accouchement est la moins fréquente, et ne présente pas ordinairement autant de danger, puisqu'elles s'arrêtent pour ainsi dire d'elles-mêmes, et par le seul résultat de la modification qu'elles produisent dans l'économie; tandis que, le plus souvent, au contraire, la perte après l'accouchement est le résultat de l'inertie de la matrice, à moins qu'elle ne soit déterminée par le décollement partiel ou total du placenta et la présence de ce corps dans la matrice, présence qui s'oppose au resserrement de ce viscère.

73. L'inertie de la matrice, considérée comme cause d'hémorrhagie après l'accouchement, ne peut être contestée que par des auteurs dont la doctrine ou les systèmes se trouvent contrariés par la force de ce fait bien observé; mais elle ne sera jamais mise en doute par des accoucheurs dont la pratique fournit chaque jour des preuves à l'appui de cette vérité.

En effet, soit que l'inertie utérine soit absolue et essentielle, soit qu'elle soit relative ou momentanée, soit qu'elle dépende de l'organe lui-même ou de la présence dans sa cavité d'un corps qui s'oppose

accidentellement à l'effet de son activité contractile, toujours est-il vrai,

1°. Que l'hémorrhagie se trouve être la conséquence du défaut de resserrement de l'utérus ;

2°. Qu'elle ne cesse que lorsque cette disposition est changée ;

3°. Que le moyen d'opérer ce changement consiste ou à extraire le corps qui contrarie l'activité contractile de la matrice, ou à développer dans l'organe assez de force pour qu'il puisse en opérer lui-même l'expulsion.

74. La perte utérine, après l'accouchement, peut être patente ou latente, c'est-à-dire manifeste ou cachée, ou, en d'autres termes encore, externe ou interne.

Si l'orifice utérin se trouve bouché, ou par une portion du délivre, ou par un caillot de sang, ou que cet orifice se resserre spasmodiquement pendant que le corps et le fond de l'organe seront frappés d'inertie, le sang coulera dans la cavité utérine, distendra cette cavité, et cette perte, dite *interne*, sera d'autant plus fâcheuse qu'elle aura pu être plus long-temps méconnue.

75. Aux accidens qui accompagnent toutes les grandes pertes de sang, et qui sont,

La pâleur du visage, l'affaiblissement du pouls, le tintement des oreilles, les éblouissemens, les vertiges, la perte même de la vue, les évanouissemens, les sueurs froides, se joint encore l'absence de la tumeur dure et sphérique qui, dans la contraction régulière de l'utérus, se fait sentir au-dessus du pubis, et offre aux accoucheurs une telle garantie, qu'elle suffit pour les rassurer entièrement dans certains dégorgemens sanguins assez abondans pour simuler une véritable pert.

76. A la place de cette tumeur due à la forte contraction de la matrice, celle-ci, restée dilatée par son inertie et par la présence du sang qui remplit sa cavité, présente une consistance mollasse et un développement considérable qui occupe la plus grande partie de l'abdomen.

77. Si l'orifice de la matrice n'est fermé ni activement, ni par un obstacle matériel, le sang coule au dehors, et la perte dite *externe* est alors rendue plus manifeste, s'il est possible, par ce nouveau signe qui remplace la distension utérine spécialement caractéristique de la perte interne.

78. Quelle que soit celle de ces pertes que l'accoucheur ait à combattre, l'imminence du danger ainsi que les moyens de le conjurer restent à peu près les mêmes.

79. Si la contraction de la matrice est contrariée par la présence de l'enfant ou du placenta, il faut se presser d'extraire l'un ou l'autre, et de hâter les contractions utérines.

80. Mais si la perte est due au décollement *partiel* du placenta et à l'inertie utérine, la délivrance n'est pas indiquée, car elle pourrait augmenter la perte; et on ne doit chercher à achever le décollement du délivre, et à l'extraire alors, qu'autant que, par les moyens indiqués, on est parvenu à faire sortir la matrice de son état d'inertie et à déterminer son resserrement.

81. Si, au contraire, la matrice est complètement vide, soit que spontanément elle se soit débarrassée de tous les produits de la conception, soit qu'une main téméraire ait provoqué trop tôt la délivrance, il faut se presser encore d'appeler les douleurs contractiles de l'utérus.

82. Les moyens d'opérer ce résultat sont nombreux, et doivent varier d'énergie selon l'imminence du danger, car ils ne sont pas eux-mêmes exempts d'inconvéniens, et c'est ici le cas de dire *minima de malis*.

83. Lorsque la perte est peu abondante, que l'inertie de la matrice n'est que momentanée, qu'elle n'est point essentielle, et ne dépend que de l'expulsion trop brusque des produits de la conception dont la sortie simultanée n'a pas laissé à l'organe le temps de se resserrer par degrés, il suffit quelquefois de rappeler et de rapprocher les contrac-

tions utérines, soit en exerçant des frictions sur l'hypogastre, soit en titillant l'orifice utérin avec les doigts.

84. Mais si la perte est considérable, si elle est de nature à menacer prochainement l'existence de la femme, on a promptement recours à des moyens plus énergiques; et, d'abord, on place horizontalement la malade dans un appartement frais et bien aéré, ou même en plein air; on asperge l'hypogastre, la vulve et les cuisses d'eau très-froide et acidulée, en continuant toujours d'exercer des frictions hypogastriques et des titillations sur le col utérin.

85. Ces moyens sont-ils infructueux, on a recours à la glace pilée; si l'on en trouve à sa disposition, on en couvre le ventre, le pénil, les cuisses; on injecte dans l'utérus de l'eau acidulée dans laquelle on a fait fondre de la glace; quelquefois, si le danger y autorise, on injecte du vinaigre pur; on fait séjourner ces injections dans la cavité utérine pendant quelques secondes, soit en bouchant son orifice momentanément, soit en élevant le siége.

86. Successivement, et selon l'insuffisance de ces premiers moyens, on introduit de la glace pilée dans l'utérus et dans le vagin; on y porte la main imprégnée de vinaigre, d'alcohol ou d'une dissolution styptique et glacée pour pouvoir plus énergiquement stimuler cet organe; on se décide quelquefois à placer la femme nue sur le carreau; on l'enveloppe de serviettes trempées dans l'eau vinaigrée et glacée; on fait, dans cet état, tomber sur l'hypogastre des douches du même liquide; et, dans un danger imminent, on la plonge elle-même dans un bain très-froid.

87. Enfin, tous ces moyens de triompher de la perte demeurant sans succès, et la mort paraissant inévitable, on a proposé de recourir au tamponnement, c'est-à-dire d'introduire dans le vagin et dans l'orifice de la matrice, ou au moins jusque sur cet orifice, des moyens de compression quelconques susceptibles de s'opposer à l'écoulement du sang de la cavité utérine.

88. Toutes les substances propres à opérer cette compression sans

blesser les parties délicates sur lesquelles elle doit s'exercer peuvent indistinctement servir au tamponnement, et l'imminence du danger qui commande quelquefois son application permet rarement de les choisir; mais la charpie, l'amadouc et le vieux linge, déchirés par petites portions, sont ce qu'il y a de plus généralement employé.

89. Pour pratiquer cette opération, on insinue dans le conduit vaginal les matières que l'on veut employer au tamponnement; on les dirige avec précaution jusque sur l'orifice de l'utérus; on continue successivement jusqu'à ce que la compression soit exacte et parfaite dans tout le conduit; on le consolide par le moyen d'un plus gros tampon et de quelques compresses convenablement placées à l'extérieur, et l'on maintient ensuite le tout par le moyen d'un bandage en T.

90. On voit que le tampon n'agit point directement sur l'ouverture des vaisseaux qui donnent lieu à l'hémorrhagie, et qu'il n'opère que l'occlusion de l'utérus. Or, d'après ce que nous avons dit de la perte interne, on doit penser qu'après l'accouchement à terme, la matrice présentant un grand developpement, et n'opposant aucune résistance à l'effort du sang, qui, s'épanchant dans sa cavité, parvient à la distendre, le tampon ne pourra qu'arrêter l'écoulement du sang au-dehors du vagin et non son effusion dans l'intérieur de l'utérus.

91. Néanmoins, dans un cas très-alarmant de perte *externe*, il pourrait être hasardé si la matrice, sans être complètement contractée, offrait quelque resserrement et quelque fermeté au-dessus du pubis; car il convient de dire, qu'outre l'occlusion de l'utérus qu'établit le tampon, ce moyen produit encore sur le col de cet organe une irritation qui, se transmettant bientôt par sympathie et fort énergiquement à tout son corps, en provoque les contractions et le resserrement de manière à amener l'expulsion du délivre et des caillots de sang, et à faire cesser la perte par la contraction des vaisseaux eux-mêmes; mais alors il faudrait en même temps s'opposer, autant que possible, à la dilatation de la matrice, en continuant l'usage des

applications froides, et en exerçant même un compression sur l'hygastre (1).

92. En général la rapidité des hémorrhagies utérines après l'accouchement, et la mort dont elle sont bientôt suivies, si elles ne sont pas promptement arrêtées, ne laissent pas le temps d'employer une thérapeutique interne, et encore moins de compter sur son efficacité.

Toutefois on a conseillé les boissons glacées, la limonade, les préparations astringentes, styptiques, l'eau de Rabel, etc. On a conseillé aussi, et on ne doit pas négliger de soutenir le moral de la femme, et de combattre, par des consolations bien entendues, une inertie qui pourrait dépendre d'une vive affection de l'âme, et surtout d'un chagrin profond et d'une espérance déçue.

93. Lorsqu'on a été assez heureux pour arrêter une perte utérine considérable, il reste à combattre les conséquences qu'elle a pu produire.

Une débilité, d'autant plus grande que la femme était primitive-

---

(1) *Baudelocque* dit à ce sujet : « D'après des exemples fâcheux d'épanchement dans la cavité même de la matrice, et le mécanisme de leur formation, des praticiens timides n'oseront peut-être plus tamponner le vagin pour opposer une digue aux pertes ordinaires, comme on l'a souvent fait avec succès, quoique pour un temps limité ; ils craindraient peut-être de donner lieu à une hémorrhagie cachée, d'autant plus funeste que ses progrès sont plus rapides, et ne frappent pas les yeux, comme les pertes ordinaires ; mais, outre qu'il n'existe pas d'*exemple connu que l'usage du tampon* ait produit cet effet, de pareilles observations peuvent devenir très-précieuses en ce qu'elles avertissent les jeunes accoucheurs de veiller sans cesse à ce qui se passe du côté du fond de la matrice après l'application du tampon, et de s'opposer à son développement, s'il paraissait avoir lieu, soit en faisant de fortes frictions avec les mains pour ranimer l'action de cet organe, soit en appliquant sur le ventre des serviettes très-chaudes, ou bien trempées dans l'eau froide, à la glace même, si le cas l'exige, ou dans le fort vinaigre ; ils sauront qu'il ne faut jamais, dans ce cas, abandonner la femme, en s'applaudissant d'avoir arrêté la perte extérieure. (Art des accouchemens, t. 1, § 1000.

ment plus faible, et que la perte a été plus considérable, donne lieu alors à des maux de tête et à des vertiges que rappelle le moindre mouvement; à des tintemens d'oreilles, à une insomnie très-fatigante, à des sueurs habituelles, à des défaillances fréquentes, à une bouffissure presque générale, etc. On sent qu'alors un traitement rationnel consiste dans un repos parfait d'abord, et ensuite suivi d'un exercice modéré et progressivement proportionné au retour des forces; dans une nourriture à la fois substantielle et légère, tels que des gelées de viande, de bons consommés, de légers potages, des fécules au gras, des œufs frais et peu cuits, du vin généreux, et au besoin l'administration de quelques fortifians.

3°. *De l'insertion du placenta sur l'orifice.*

94. Il est encore une circonstance qui complique très-gravement l'accouchement, occasionne des pertes, et appelle essentiellement l'intervention de l'art pour procéder à l'extraction de l'enfant et pour diriger l'acte de la délivrance. Nous voulons parler de l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice.

95. Lorsqu'une telle disposition se présente, elle est quelquefois annoncée d'avance par des hémorrhagies qui commencent, tantôt dès le sixième mois de la grossesse, tantôt au septième ou au huitième, mais toujours au plus tard dans le courant du neuvième.

Ces pertes sont dues à ce que la dilatation de la matrice, devenant de plus en plus générale, et s'étendant à la fin jusqu'à son col, celui-ci, dans son extension, que ne partage point le placenta, perd une partie des rapports réciproques qu'il avait avec la surface de ce corps, d'où résulte un décollement plus ou moins étendu, dès-lors suivi d'une perte plus ou moins abondante.

96. Cette perte est d'autant plus considérable que le terme de la gestation est plus prochain; elle se manifeste dès le commencement du travail; elle augmente avec celui-ci; sa rémission suit celle des dou-

leurs, dont le retour ne manque jamais, au contraire, d'accroître son abondance en raison de leur intensité.

97. Il est difficile de bien reconnaître par le toucher le col utérin; ses bords, comme confondus avec le placenta, paraissent plus épais et inégaux dans leur pourtour; on ne peut passer le doigt sur la surface interne de ces bords, comme on le ferait entre eux et la poche des eaux si celle-ci se présentait à la place qu'occupe le délivre. Le centre de l'orifice ne présente point la tumeur lisse, polie et tendue qu'offre ordinairement la poche des eaux; mais, à la place de cette tumeur, on trouve l'orifice utérin bouché par une substance mollasse, épaisse, spongieuse, dans laquelle le doigt pénètre assez facilement : enfin, l'extraction de quelques caillots de sang suspendus autour de cette substance renouvelle et active l'hémorrhagie.

98. Si cette insertion n'a lieu que sur l'un des côtés de l'orifice, et que celui-ci ne se trouve ainsi bouché que par le bord du placenta, il arrive quelquefois que, dans la dilatation du col utérin pendant le travail, l'un des côtés du pourtour de l'orifice abandonne le bord du placenta, et rétablit ainsi la liberté de cette issue, à travers laquelle se présente alors la poche des eaux et la tête de l'enfant, qui, par ce moyen, peut encore être expulsé naturellement.

99. Dans l'espérance que les choses pourront se passer de cette manière, et si la perte est peu abondante, on se contente de coucher la femme horizontalement; on lui fait garder le repos, user d'une limonade ou de toute autre boisson rafraîchissante et acidulée : si sa constitution est forte, et que l'état du pouls en présente l'indication, on pratique une saignée du bras; on couvre l'hypogastre et les cuisses de quelques linges trempés dans l'eau très-froide, ou dans l'oxycrat; enfin, si ces moyens ne tempèrent point la perte, et que celle-ci devienne menaçante, il faut se hâter de terminer l'accouchement, ainsi que la délivrance.

100. Pour arriver à ce résultat, il faut rompre l'adhérence qui existe entre le placenta et l'orifice utérin, et pénétrer ensuite dans l'intérieur des membranes; mais la manœuvre est susceptible de quelque

différence, selon que le centre du placenta répond au centre de l'orifice, ou que seulement il s'y implante par un de ses bords.

Dans le premier cas on a conseillé, et on est obligé quelquefois de percer le placenta dans son centre, et de pénétrer ainsi dans la capacité ovoïde.

Dans le second, il suffit de décoller le bord du délivre implanté sur l'orifice pour rendre la liberté à ce passage.

101. Si la tête de l'enfant se présente dans une bonne position, et assez avancée pour que l'on puisse aisément la saisir avec le forceps, on ne doit point différer de s'en servir.

Toute hésitation qui ferait perdre du temps pourrait compromettre à la fois et la mère et l'enfant.

102. Dans toute autre situation de l'enfant on doit également se hâter de terminer l'accouchement, en allant chercher les pieds.

103. Si l'extraction de l'arrière faix n'a pas précédé ou accompagné celle du fœtus, on procède ensuite à la délivrance avec les précautions et en suivant les préceptes que nous avons déjà exposés.

104. Quelquefois, cependant, le peu de dilatation du col utérin s'oppose à toute manœuvre propre à hâter l'accouchement et la délivrance, et néanmoins l'abondance de la perte met la femme dans le plus grand danger. Alors, il faut recourir aux moyens énergiques déjà indiqués contre les pertes, et c'est ici une des circonstances où le tamponnement du vagin se trouve être de la plus grande utilité; car si le décollement du placenta n'a lieu que par son centre, et non par aucun de ses bords, l'effusion du sang ne pourra s'effectuer dans l'intérieur de la capacité utérine; et lors même qu'il en serait autrement, cette capacité se trouve trop remplie par le produit de la gestation pour en admettre une grande quantité.

105. Mais aussi nous ne devons point oublier de répéter ici qu'une des propriétés essentielles et bien reconnues du tampon étant d'irriter vivement le col utérin, et de provoquer sympathiquement l'activité

contractile et expulsive de la matrice elle-même, on ne doit y avoir recours que vers le terme de la gestation, à moins qu'on n'ait perdu tout espoir d'empêcher l'avortement, ou que le danger évident de la femme ne détermine à sacrifier l'existence incertaine du fœtus à la conservation de sa mère.

4°. *De l'adhérence du placenta.*

106. Nous avons vu que, dans le travail de l'accouchement, la matrice éprouvant des contractions et un resserrement que ne partage point le placenta, il en doit résulter un changement dans le rapport réciproque des surfaces de ces deux parties, et qu'ainsi le placenta, qui n'est uni à la surface interne de la matrice que par un tissu cellulaire fort lâche, en est ordinairement détaché par le seul froncement de cette surface; mais, néanmoins, les choses ne se passent pas toujours ainsi, et quelquefois l'adhésion du placenta avec l'utérus est, au contraire, si intime, qu'elle résiste aux contractions de cet organe, et parvient même à les suspendre.

107. Tantôt cette force particulière d'adhésion existe d'une manière égale sur toute la surface utérine du placenta; tantôt, et c'est le plus souvent, elle n'a lieu que sur quelques points isolés de cette surface; mais dans l'un et dans l'autre cas elle est signalée par les circonstances suivantes.

108. Le placenta est supposé adhérent, lorsqu'après l'expulsion du fœtus, il ne se détache pas malgré la succession des douleurs et la dureté du globe utérin;

Lorsque des tractions, convenablement exercées sur le cordon, n'amènent point la descente du placenta;

Lorsque ces tractions causent des douleurs;

Enfin, lorsqu'elles ont été suivies de la rupture du cordon (1).

---

(1) On a dit aussi : « *lorsque les tractions ne sont pas suivies d'hémorrha-*

109. Lorsque de telles circonstances se réunissent, et qu'après quelques heures d'attente la délivrance ne s'effectue pas, il convient de chercher à introduire avec ménagement la main dans l'utérus, pour vérifier la cause présumée de l'obstacle à la délivrance. Par ce moyen on peut encore juger si l'adhérence est générale ou partielle, très-intime ou superficielle.

110. Lorsque l'adhérence du placenta a été reconnue, et que le retard dans la délivrance est dû à cette cause, on doit chercher à triompher de cette adhésion; mais on ne doit procéder ainsi que lorsque la succession des douleurs et la contractilité de l'utérus ne permettent pas de douter du complet resserrement de cet organe après le décollement que l'on se propose d'opérer.

Cette assurance bien acquise, on procède à la recherche, au décollement et à l'extraction du délivre, ainsi qu'il est expliqué aux paragraphes 65 et 66.

111. Si l'adhésion du délivre est trop forte, le décollement ne s'opère pas toujours très-facilement; quelquefois on est obligé de tirer d'une main sur le cordon pour opérer le commencement du décollement du centre, tandis que de l'autre on saisit ce centre, qui fait saillie, et devient dès-lors plus facile à détacher.

112. Si l'on ne réussit pas encore de cette manière, *Heister* propose de percer le centre du placenta avec le doigt, et glissant ensuite un ou deux doigts, par cette ouverture, entre l'utérus et le placenta, d'étendre, autant que possible, le décollement de ce dernier et de l'entraîner. Dans cette manœuvre, il importe bien de se conduire de manière à ne pas blesser l'utérus, soit par des mouvemens violens, soit par des coups d'ongle, qui ne manqueraient pas de donner lieu à des accidens graves.

113. Si l'adhérence du placenta à la matrice était telle que toutes

---

gies; » mais ce signe est équivoque, car, lorsqu'il y a un décollement partiel, l'hémorrhagie peut avoir lieu nonobstant l'adhérence très-intime des autres points.

ces tentatives d'extraction fussent infructueuses, il vaudrait mieux abandonner la délivrance à la nature que de s'exposer à déchirer l'utérus ou à y déterminer une inflammation dangereuse.

114. Mais pour prévenir, autant que possible, les suites d'une circonstance heureusement peu commune, on surveille avec une grande attention ce qui se passe. Ainsi, d'un côté, on prend garde qu'une partie du placenta, en s'engageant dans l'orifice, ne resserre l'utérus et ne bouche cet orifice, tandis que l'autre partie, restée dans la matrice et s'opposant à sa contraction parfaite, n'occasionne une perte interne proprement mortelle.

D'un autre côté, on fait dans la matrice de fréquentes injections émollientes, ou même antiseptiques, soit pour faciliter le ramollissement du placenta, sa chute totale, ou l'entraînement des parties qui s'en détachent; soit pour baigner l'intérieur de l'organe et le débarrasser des humeurs corrompues qui, sans cela, pourraient y séjourner et y donner lieu à des accidens graves.

5°. *De la délivrance par suite de l'enchatonnement du placenta.*

115. Il peut se faire que l'intimité d'union du placenta avec la matrice gêne et contrarie la contraction de ce dernier organe à l'endroit de l'insertion; dans ce cas, l'utérus se contracte fortement au-dessous de cette insertion, enveloppant de cette manière le placenta dans une espèce de poche.

Nous n'avons vu nulle part que l'on ait donné cette cause à l'enchatonnement du placenta; cependant nous ne la croyons point hypothétique, mais, au contraire, la plus satisfaisante que l'on puisse donner de ce phénomène; car, il cesse spontanément aussitôt qu'ont lieu le décollement et l'expulsion du délivre, et je n'ai jamais vu de matrice présenter une forme bilobée après la délivrance : ensuite, toutes les observations d'enchatonnement données par les auteurs semblent, par leurs détails, confirmer cette théorie.

116. Ce nouvel obstacle à la délivrance, comme celui qui peut dépendre du resserrement de l'orifice utérin, et dont nous parlerons tout à

l'heure, cesse ordinairement spontanément. Cependant, si la délivrance était trop tardive, et que l'on pût redouter que la contraction de la partie inférieure du corps de l'utérus vînt ajouter à la difficulté, il n'y aurait nul inconvénient à faire quelques tractions sur le cordon, pendant qu'on chercherait à déterminer la contraction du fond de la matrice par des frictions exercées sur la tumeur supérieure de l'utérus.

117. Nous ajouterons qu'un peu attaché à l'idée que l'union trop intime du placenta avec l'utérus pourrait bien être la cause de la contraction irrégulière qui constitue l'enchatonnement, nous pensons qu'il est même préférable d'introduire la main dans l'utérus, de dilater avec ménagement l'ouverture du chaton, de rechercher ensuite le placenta et de l'extraire, en ne retirant la main que lentement, et à mesure que des frictions hypogastriques produisent la contraction du fond utérin, et font disparaître la forme bilobée de la matrice. Par cette prudente manœuvre on prévient une perte, et même l'amas d'aucun caillot de sang dans le lieu de l'enchatonnement.

118. Il est rare d'avoir à combattre, et nous n'avons jamais rencontré, dans le cours d'une assez longue pratique, des cas d'enchatonnement bien difficiles à vaincre par le procédé indiqué, encore moins lorsqu'on leur oppose des frictions sagement exercées, ou, selon d'autres indications, des fomentations émollientes, ou l'administration de quelques antispasmodiques.

Cependant, si la contraction de l'enchatonnement résistait fortement aux tentatives faites pour en triompher, comme on le rencontre dans certaines adhérences, il vaudrait mieux attendre et s'en remettre à la continuation des moyens ci-dessus et des bains, que de prolonger des manœuvres téméraires et imprudentes.

119. Mais si le décollement partiel du placenta enchatonné produisait une perte, il n'est pas nécessaire de dire qu'il y a ici indication de faire cesser de suite l'obstacle que l'enchantement apporte à la délivrance.

6°. *Délivrance retardée par le resserrement de l'orifice utérin.*

120. Dans quelques accouchemens avant terme, chez certaines femmes nerveuses très-excitables, ou chez lesquelles l'irritabilité du col utérin peut avoir été exaltée par une circonstance quelconque, l'orifice de la matrice peut tout à coup se resserrer après l'expulsion du fœtus, de manière à s'opposer à celle du placenta. Mais cette circonstance, d'abord assez rare, ne persiste pas ordinairement fort longtemps.

121. Cet obstacle à la délivrance, que l'on reconnaît à la tension, à la dureté, au resserrement du col et à la presque occlusion de l'orifice, cède le plus ordinairement aux contractions du corps de la matrice et au repos de la femme.

122. Cependant il arrive quelquefois que, pour le lever plus sûrement, et surtout plus promptement, il convient de pratiquer une petite saignée du bras, de faire administrer un lavement et quelques injections émollientes ; de recourir ou à un bain de vapeur, ou à un bain de siége, ou même à un bain général ; enfin, de prescrire quelques antispasmodiques, et en général de faire tout ce qui peut diminuer l'exaltation de la sensibilité.

123. On sent que toute manœuvre exercée sur le col, pour le dilater de force, ne peut qu'augmenter le spasme et l'irritation, et occasionner des accidens consécutifs qu'il est de la plus grande prudence de prévenir. Aussi, dans ce cas, n'y a-t-il qu'une perte menaçant prochainement la vie de la femme qui puisse autoriser à pénétrer violemment dans la matrice ; dans toute autre circonstance, la délivrance doit être suspendue et remise au moment où la dilatation spontanée de l'orifice permettra sans danger les manœuvres de l'accoucheur.

124. Lorsque la sensibilité de la femme et ce resserrement particulier de l'orifice utérin s'opposent à l'introduction de la main pour aller chercher le placenta, et que celui-ci se trouve engagé dans l'orifice, on peut essayer de le saisir avec la pince à faux germe de *Levret*.

7°. *De la délivrance dans la grossesse composée.*

125. Dans la grossesse composée, la délivrance s'opère spontanément comme dans la gestation d'un seul enfant : et, ici, la précipitation mise pour l'effectuer serait plus fâcheuse qu'en toute autre circonstance; car, soit que les placentas des différens fœtus se trouvent confondus par leurs bords, ce qui arrive le plus souvent, soit qu'ils puissent se trouver séparés, on sent qu'il y a un égal danger à provoquer leur décollement avant l'expulsion du dernier enfant et la parfaite vacuité de l'utérus.

Ainsi, par exemple, dans le premier cas, le décollement du placenta général, déterminé par les tractions exercées sur le cordon du premier fœtus expulsé, doit à la fois occasionner une perte abondante et compromettre la vie des fœtus restans en faisant cesser leur communication avec leur mère;

Dans le second, le décollement du placenta individuel est ordinairement suivi d'une perte grave, résultant de ce que la présence d'un ou de plusieurs fœtus dans l'utérus s'oppose à son resserrement, et par conséquent à la constriction des vaisseaux qui s'abouchaient avec ceux du placenta décollé.

126. On doit être d'autant plus circonspect dans la délivrance, après une grossesse composée, que l'excessive dilatation de l'utérus que cette grossesse détermine, rend la contraction utérine après l'accouchement beaucoup plus lente, et expose par conséquent davantage à une perte plus dangereuse.

127. Après l'expulsion du dernier enfant, on tire alternativement sur chacun des cordons, en commençant par celui qui offre le moins de résistance; et de cette manière on les extrait isolément et successivement.

Si les uns ou les autres présentaient encore une adhérence dont ne pourraient triompher de simples tractions exercées sur leurs cordons respectifs, on se conduirait, pour rompre l'adhésion, de la manière déjà indiquée (39 et 40).

128. La grosseur du délivre, surtout dans les grossesses composées, et lorsque les placentas se trouvent réunis par des points de contiguité, peut apporter quelque retard à la délivrance, rendre insuffisantes les tractions exercées sur le cordon, et même occasionner la rupture de celui-ci, si les tractions sont continuées sans ménagement; alors l'accoucheur, pour prévenir ce dernier inconvénient, doit aller saisir cette masse spongieuse, la présenter à l'orifice par un de ses bords, et favoriser ainsi sa sortie.

8°. *De la délivrance après l'avortement.*

129. Presque toujours, lorsque l'avortement a lieu dans les trois premiers mois de la grossesse, le délivre est expulsé en même temps que le fœtus, et l'on conçoit que cela doit être ainsi, si l'on se rappelle que nous avons fait observer (9) qu'à cette époque de la gestation le placenta occupe à lui seul la presque totalité de la chambre utérine, et qu'alors les contractions de la matrice devant agir sur lui plus spécialement, en raison de son volume relatif, il ne peut manquer d'être chassé en même temps que le petit embryon.

130. Pour que cette expulsion soit simultanée, il importe essentiellement de ne pas rompre indiscrètement la poche des eaux, car c'est par la saillie que forme cette poche à l'entrée de l'orifice utérin que s'opère la salutaire dilatation de cet orifice, et que peut être facilitée la sortie du délivre et du fœtus.

131. Si, par extraordinaire, il n'en était pas ainsi, il deviendrait très-difficile d'opérer l'extraction du placenta; car, d'une part, le défaut de dilatation suffisante de l'orifice utérin, la longueur, l'épaisseur et la rigidité du col de la matrice ne permettraient pas aisément l'introduction de la main dans cette cavité, qui ne pourrait d'ailleurs nullement la recevoir, à raison de son peu de développement; et de l'autre, la faiblesse du cordon à cette époque s'opposerait à l'efficacité des tractions exercées sur lui.

132. A une époque plus avancée de la gestation, le placenta, le

plus ordinairement, n'accompagne pas la sortie du fœtus. Sa rétention, plus ou moins prolongée dans l'utérus, y donne lieu alors à des pertes fort graves et fort inquiétantes; et les difficultés pour son extraction, à peu près les mêmes que ci-dessus (131) sont d'autant plus prononcées que le terme de la gestation est plus éloigné.

133. Quelle que soit l'époque de l'avortement et les obstacles que l'on rencontre alors à la délivrance, doit-on, pour prévenir les graves inconvéniens de la rétention du placenta dans la matrice, redoubler d'efforts pour l'en extraire?

Ici nous devons dire que les avis se sont trouvés encore partagés. *Lamotte* veut que l'accoucheur cherche à dilater l'orifice utérin, et à effectuer la délivrance, quelque peu avancée que soit la grossesse.

Mauriceau et d'autres veulent, au contraire, que l'opération soit entièrement abandonnée à la nature; et enfin, des accoucheurs modernes, à la tête desquels nous citerons le célèbre *Baudelocque*, prétendent qu'on ne doit suivre rigoureusement ni l'un ni l'autre précepte, mais prendre conseil de la différence des circonstances.

Ainsi, si l'on se trouve appelé près d'une femme à l'instant de l'écoulement des eaux ou de l'expulsion du fœtus, on doit, avec beaucoup de ménagement, et à l'aide de l'introduction successive d'un, deux et trois doigts bien huilés dans l'orifice utérin, on doit, disons-nous, chercher à empêcher le resserrement de cet orifice, et même à en augmenter la dilatation.

Si, au contraire, les eaux étaient écoulées depuis long-temps, si l'orifice de la matrice était dur et contracté, il faudrait s'interdire toutes tentatives, qui pourraient être plus dangereuses qu'utiles.

134. Mais si, dans cette circonstance, l'art est impuissant, la nature se suffit ordinairement, et elle opère seule l'expulsion désirée, ou vingt-quatre ou quarante-huit heures après celle du fœtus, ou seulement trois ou quatre jours après.

Enfin il s'est présenté des cas où elle ne s'est même effectuée que beaucoup plus tard.

135. Pour hâter cette importante expulsion et lever les difficultés qui la retardent, on peut, selon les cas, faire usage d'une saignée, si l'état du pouls et la constitution de la femme en signalent le besoin;

Recourir à un bain ou à un demi-bain tiède, si une perte ne contr'indique pas ce moyen; enfin, faire et répéter quelques injections mucilagineuses dans le vagin.

136. Le plus souvent il arrive qu'après un emploi sagement dirigé et répété de ces moyens le col utérin se ramollit, se dilate et se prête à l'expulsion désirée; mais alors l'accoucheur ne doit pas négliger de porter son attention du côté du conduit vaginal. Il s'assurera donc, par le toucher, si le délivre se présente à l'entrée de l'orifice utérin; et, dans ce cas, il cherchera à le saisir, soit avec l'extrémité des doigts, soit avec la pince à faux germe.

137. C'est ici le cas d'établir que, dans toute délivrance opérée par l'art, on doit bien prendre garde que le fond de la matrice ne suive pas les efforts dirigés sur le placenta. Or, pour prévenir un accident aussi grave, l'accoucheur doit toujours avoir la précaution de fixer le fond de l'utérus, en plaçant une main sur la région suspubienne, pendant que de l'autre il opère la délivrance. De cette manière, qui facilite d'ailleurs son opération, il s'assure que la matrice ne suit pas les tractions exercées sur le cordon ou sur le placenta.

138. Si la rétention du placenta dans la matrice déterminait une perte, il faudrait alors chercher à hâter la délivrance, soit en exerçant sur l'hypogastre des frictions propres à provoquer des douleurs expulsives, soit en essayant prudemment la dilatation du col, soit enfin en usant d'injections très-froides et acidulées, susceptibles de déterminer les contractions utérines, et de favoriser ainsi et l'expulsion du délivre et la cessation de la perte.

139. Mais si ces moyens étaient infructueux et que la perte fût inquiétante, il ne faudrait pas hésiter un seul instant à recourir au tampon. C'est dans ce cas, surtout, que cette ressource serait exempte de

tout inconvénient, et offrirait au contraire des avantages incontestables, et pour arrêter la perte, et pour provoquer la sortie du placenta.

140. Dans les pertes qui surviennent après l'avortement dans les premiers mois de la gestation, on conçoit que le défaut de développement de la cavité utérine ne se prête pas à l'amas d'une grande quantité de sang dans cette cavité, et que, par conséquent, le tamponnement du vagin ne peut laisser craindre les funestes conséquences d'une perte interne.

Dans de telles circonstances, on doit donc y avoir recours toutes les fois qu'une hémorrhagie ne peut être arrêtée par les moyens hémostatiques ordinaires ou que l'accouchement ne peut être effectué sur-le-champ.

141. Il est également applicable dans toutes les pertes qui ont lieu pendant le cours de la gestation, et lorsque la matrice, encore remplie des produits de la conception, ne peut dès-lors se prêter facilement à l'accumulation du sang dans son intérieur; mais ici on ne doit recourir à ce moyen qu'à la dernière extrémité et qu'après avoir employé vainement tous les autres, attendu que s'il peut arrêter efficacement la la perte, il peut aussi précipiter l'accouchement et causer l'avortement.

142. Quelquefois, cependant, le tampon a été appliqué sans déterminer l'avortement; mais le contraire arrivant le plus souvent, il n'est prudent et convenable de l'employer que lorsque, 1°. la perte est considérable; 2°. que tous les moyens hémostatiques ordinaires ont été insuffisans pour l'arrêter; 3°. ou enfin qu'il paraît certain que, quoi qu'on fasse, l'avortement est jugé inévitable.

143. Il convient de dire encore que quelques observations rapportées par des auteurs recommandables semblent établir que la perte peut avoir lieu dans une matrice déjà distendue par les produits de la conception, et que le sang peut s'y accumuler en assez grande quantité pour causer la mort; néanmoins ces cas sont si rares qu'il ne

peuvent empêcher de recourir au tampon dans de telles circonstances.

144. On doit, après l'application du tampon, faire observer à la femme un repos parfait, surveiller avec soin les changemens qui peuvent survenir; et, afin de pouvoir les apprécier plus exactement, il convient de retirer le tampon au bout de quelques heures. De cette manière on s'assure si l'accouchement se dispose à s'effectuer naturellement, si seulement la dilatation actuelle du col utérin en rend la manœuvre facile, si la cessation de l'hémorrhagie permet d'attendre avec patience sans renouveler le tampon, ou si, au contraire, sa persistance demande la continuation du même moyen ou une prompte délivrance.

145. Il arrive quelquefois que, si le tampon s'oppose efficacement à l'hémorrhagie, l'exactitude de la compression qu'il exerce s'oppose également à l'excrétion des matières fécales et à l'émission des urines. On combat le premier inconvénient par le secours des lavemens, qui, en délayant les matières, en rendent la sortie plus facile; on pourrait prévenir le second par l'introduction préalable d'une sonde dans la vessie, avant le tamponnement; mais, dans tous les cas, on a la ressource de renouveler le tamponnement, ou quelques-unes des pièces du tamponnement toutes les fois que le besoin des évacuations le réclame impérieusement.

146. Avant *Leroux*, de Dijon, qui a particulièrement appelé l'attention des accoucheurs sur les avantages du tampon dans les pertes utérines, *Puzos* avait proposé contre ce fâcheux accident la rupture des membranes et l'écoulement des eaux; et en effet, ce moyen qui vide en partie la matrice, lui permettant de revenir d'autant sur elle-même, et de contracter ainsi les bouches des vaisseaux qui fournissent l'hémorrhagie, a été long-temps employé et le plus souvent suivi d'un entier succès; mais, outre qu'il n'est pas toujours exempt d'inconvéniens, l'accoucheur n'est quelquefois pas le maître d'en faire l'application.

147. Ainsi, dans une perte qui aurait lieu avant le terme de la gestation, l'ouverture des membranes et l'écoulement des eaux entraîne *nécessairement* l'avortement.

Il est vrai que l'application du tampon le rend aussi *très-probable;* cependant il peut n'avoir pas lieu; et, dans plusieurs circonstances, la grossesse a parcouru ses périodes nonobstant l'emploi *momentané* du tampon.

148. La méthode de *Puzos* appliquée dans un autre cas, celui de l'inertie de la matrice, serait sans succès; car, dans ce cas, on ne peut espérer la cessation de l'hémorrhagie de la vacuité utérine, mais bien de la contraction et du retour de l'organe sur lui-même; phénomène essentiel que ne peut directement opérer le simple écoulement des eaux.

149. Dans les accouchemens avant terme, qui ont lieu dans les trois premiers mois de la gestation, nous avons vu (130) qu'il importe de ne pas ouvrir l'œuf, et de ménager, au contraire, la poche des eaux comme un moyen puissant de dilater et d'ouvrir le col utérin, et de favoriser ainsi le précieux avantage de l'expulsion simultanée du délivre et du fœtus.

Dans ce cas, le procédé de *Puzos* serait donc nuisible; il pourrait rendre la délivrance très-difficile, et, loin d'être un remède à la perte, il pourrait, au contraire, être cause de sa prolongation.

150. D'un autre côté, à la même époque de la gestation, la longueur du col utérin, l'élévation de l'orifice, son défaut de dilatation et l'absence de tout travail préparatoire pour l'accouchement placent l'opérateur dans l'heureuse impuissance d'arriver jusqu'aux membranes et de les déchirer.

151. Enfin, dans tous les cas où la méthode de *Puzos* se trouve indiquée et peut être facilement employée, l'usage du tampon présente sur elle de très-grands avantages.

Comme elle, il arrête la perte et même d'une manière plus sûre.

Comme elle, il provoque et accélère l'accouchement, mais d'une manière plus sûre encore; car l'écoulement des eaux n'influe que d'une manière *passive*, et en laissant à l'utérus la liberté de se contracter sur les restes du produit de la conception, tandis que la présence du tampon exerce une influence très-active sur le développement de ces mêmes contractions.

Mais, indépendamment de ces premiers avantages, le tampon, de même que l'écoulement des eaux, ne prive pas la nature d'un moyen de dilatation de l'orifice utérin qui favorise singulièrement le travail; et il laisse en outre au fœtus la salutaire enveloppe des eaux pour le garantir de la violence et de la lésion des contractions utérines.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.

II.

Mulieri menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

III.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multùm fluxerit, periculum nc abortiat. *Ibid.*, *aph.*

IV.

Mulieri in utero gerenti, si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid.*, *aph.* 37.

V.

Si mulier quæ nec prægnans est nec perperit, lac habeat, ei menstrua defecerunt. *Ibid.*, *aph.* 39.

VI.

Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximum ad mammas appone. *Ibib.*, *aph.* 50.